

Шиманский И.Е., Шиманский Е.И.,  
Шорох С.Г., Харлап И.А.

## **ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

/ Минск /

Послеоперационный перитонит (ППП) является одним из грозных осложнений послеоперационного периода и встречается в 1,3 - 10% случаев после экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. На долю ППП приходится 35,3 - 56,8% осложнений послеоперационного периода. В тоже время в структуре всех перитонитов ППП занимает 5,6 - 22,5%. Несмотря на активную хирургическую тактику и комплексную терапию, летальность при ППП остается высокой - 42,3 - 92,3%.

В клинике неотложной хирургии БелГИУВ за 18 лет оперировано 43180 больных по поводу острой патологии органов брюшной полости. Релапаротомия по поводу всех ранних послеоперационных осложнений потребовалась у 469 (1,08%) больных, которым выполнено 496 операций. Послеоперационный перитонит и абсцессы брюшной полости наблюдались у 193 (41,3%) больных (табл.1).

Таблица 1.Релапаротомия при гнойных осложнениях послеоперационного периода.

	ОПЕРАЦИЙ	ППП %	АБСЦЕССЫ %	ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ППП %
острый аппендицит	25785	21 0,08%	15 0,06%	4 11,1%
острый холецистит	5535	31 0,56%	4 0,31%	6 17,7%
кровоточащая язва	1251	22 1,76%	5 0,39%	12 44,4%
прободная язва	1530	12 0,78%	3 0,19%	6 40,0%
травма открытая	1439	21 1,46%	1 0,07%	8 36,7%
травма закрытая	489	14 2,86%	2 0,41%	12 75,0%
остр кишечн непроходим	717	8 1,11%	1 0,14%	2 22,2%
ущемленная грыжа	970	2 0,2%		1 50,0%
прочие	5464	29 0,53%	2 0,04%	22 70,9%
всего	43180	160 0,37%	33 0,07%	73 37,8%

Частота ППП при различной острой хирургической патологии не одинакова. При остром аппендиците ППП осложнил течение послеоперационного периода у 0,08% больных, при остром холецистите у 0,56%, прободной язве - 0,8%, кровоточащей язве - 1,76%, закрытой травме органов брюшной полости - 2,86%, открытой - 1,46%. Среди причин развития ППП ведущее место занимают травмы живота - 21,9%. На втором месте острый холецистит - 13,1%. Реже ППП отмечен при острой кишечной непроходимости - 5,0% и ущемленной грыже - 1,2%.

Следует различать продолжающийся перитонит и перитонит вновь возникший в послеоперационном периоде. Продолжающийся перитонит отмечен нами у 98 (50,7%) больных. Следует отметить, что у 66 (67,4%) больных при первой операции была токсическая фаза перитонита, у 32 (32,6%) - терминальная. Во время релапаротомии токсическая фаза установлена у 41(41,8%) и терминальная у 57(58,2%). У 46 (23,8%) больных ППП развился вследствие несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта на фоне начавшегося выздоровления. Аналогичная клиническая картина отмечена у 33(17,1%) больных со вскрывшимися в свободную брюшную полость абсцессами. У 9 (4,6%) больных развились острые перфоративные язвы желудочно-кишечного тракта, у 3(1,5%) - тромбоз мезентериальных сосудов с некрозом кишки, у 2(1,03%) - панкреонекроз и у 2 - острый гнойный эндометрит. При вновь возникшем перитоните у всех больных была токсическая фаза.

Лечебно-диагностические мероприятия при подозрении на ППП начинаем с диагностической лапароскопии. Повторное оперативное вмеша-

тельство включало тщательную ревизию органов брюшной полости и устранение источника перитонита. Ушивание несостоятельности швов выполнено у 39 больных, ушивание острых перфоративных язв у 9 больных, дренирование межкишечных абсцессов у 33 больных, резекция межкишечных анастомозов у 5, ликвидация спаечной непроходимости у 14 больных. У 2 больных выполнена ампутация матки с придатками и у 3 - холецистэктомия с дренированием внепеченочных желчных протоков и сальниковой сумки по Шалимову.

Завершающий этап релапаротомии при ППП включал:

- тщательную санацию брюшной полости путем лаважа с растворами антисептиков у 142 (74,1%) больных;

- борьба с функциональной кишечной непроходимостью путем ежедневной новокаиновой блокады корня брыжейки тонкой или толстой кишки через микроирригатор у 151(78,20/э) больных;

- снижение уровня эндогенной интоксикации посредством декомпрессии кишечника назоинтестинальной интубацией у 92 (47,6%) больных или ретроградной интубацией кишечника через илеостому у 6 (3,1%) больных; 14(7,2%) больным наложены петлевые энтеростомы;

- дренирование брюшной полости одно- или двухпросветными дренажами и подведением тампонов к ушитой несостоятельности или межкишечному абсцессу.

Профилактика нагноений послеоперационной раны передней брюшной стенки включала обработку ее антисептиками, расфокусированным лучом CO<sub>2</sub>-лазера, сквозное дренирование нипельным дренажем подкожной и предбрюшинной клетчатки с последующим проточным лаважем растворами антисептиков 3 - 4 раза в сутки.

Контроль за течением ППП осуществляли методом программированной лапароскопии. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия с применением гемосорбции, гемодиализа, плазмафереза и УФО крови. У 38 больных в комплекс лечебных мероприятий включена энтеросорбция по разработанной нами методике. Летальность в этой группе больных составила 37,8%. Следует отметить, что у пациентов с применением декомпрессии кишечника, энтеральной коррекции метаболических нарушений и энтеросорбции летальность 31,2%.

Таким образом, ППП занимает первое место среди ранних послеоперационных осложнений. Ранняя диагностика и своевременная релапаротомия и программный подход к послеоперационному лечению позволяют значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.